様式第２号（第３条関係）

養育医療給付申請書

本人	ふりがな 氏　名		男・女	生年 月日	年　月　日
	個人番号				
	居 住 地	〒６７３－			
	※ 現 在 地 （居住地と異なる場合）	〒			
扶養義務者	ふりがな 氏　名			本人との 続柄	
	個人番号				
	居 住 地	〒６７３－			
	電話番号				
被保険者証等の 記号及び番号					
保険者等の名称					
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地 （所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能）					
備考					

別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。

申請者住所　〒６７３－
三木市

本人との続柄

申 請 者 氏 名
（自署もしくは記名押印）

電話番号

年　　月　　日

三 木 市 長　　様

申請受付年月日		決定年月日	

注 ）　申請書には、次に掲げる書類を添付してください。
（１）養育医療意見書　　（２）世帯調書

※記載上の注意
「居住地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。

事務処理欄【対応者:　　】
《届出人》　申請者･代理人(　　)→委任状(あり ・ なし)
《番号確認》　①本人:個人番号カード･個人番号通知カード･なし
②扶養義務者:個人番号カード･個人番号通知カード･なし
《申請者確認》　1点:個人番号カード･運転免許証･パスポート　2点:健康保険証･年金手帳